

Contribution à l'étude de la perforation des ulcères peptiques en péritoine libre

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Juillet 1942

par

LACOUTURE-DUGUE

Médecin auxiliaire de la Marine

Né à Bordeaux le 4 Août 1917

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MASSABUAU, Prof., Prés.	} <i>Assesseurs</i>
		ETIENNE, Professeur	
		MOURGUES - MOLINES, Agrégé	
		GUIBAL, Agrégé	

IMPRIMERIE
CAUSSE, GRAILLE ET CASTELNAU
7, RUE DOM-VAISSETTE, 7
MONTPELLIER

1942

**Contribution à l'étude
de la perforation des ulcères peptiques
en péritoine libre**

Contribution à l'étude de la perforation des ulcères peptiques en péritoine libre

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Juillet 1942

par

LACOUTURE-DUGUE

Médecin auxiliaire de la Marine

Né à Bordeaux le 4 Août 1917

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MASSABUAU, Prof., Prés.	}	<i>Assesseurs</i>
		ETIENNE, Professeur		
		MOURGUES - MOLINES, Agrégé		
		GUIBAL, Agrégé		

IMPRIMERIE
CAUSSE, GRAILLE ET CASTELNAU
7, RUE DOM-VAISSETTE, 7
MONTPELLIER

1942

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Chaires:

Anatomie.	MM. J. DELMAS.
Histologie.	TURCHINI.
Physiologie.	HEDON.
Chimie biologique médicale et toxicologie	CRISTOL.
Physique médicale	PECH.
Anatomie pathologique et médecine expérimentale.	BAUMEL.
Microbiologie.	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES.
Thérapeutique et matière médicale.	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	PUECH.
Hygiène.	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET.
Clinique médicale	L. RIMBAUD.
—	GIRAUD, <i>doyen</i> .
Clinique chirurgicale	MASSABUAU, <i>assesseur</i> .
—	RICHE.
Clinique obstétricale	P. DELMAS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, <i>doyen honor.</i>
Clinique des malad. des enfants et hyg. du 1 ^{er} âge.	BOUDET.
Clinique de dermato-syphiligraphie	MARGAROT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	ETIENNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.
Clinique gynécologique	LAPEYRE.
Clinique ophtalmologique.	DEJEAN.
Clinique d'oto-rhino-larg. et chir. maxillo-faciale.	TERRACOL.
Chargés de cours:	
Anatomie.	LAUX.
Histologie.	GRANEL.
Radiologie.	LAMARQUE.
Propédeutique chirurgicale	AIMES.

Professeurs honoraires

MM. TEDENAT, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS, CABANNES
GALAVIELLE, VIRES, BOSC, VILLARD, GRYNFELT

Chargés d'enseignements complémentaires

MM.	MM.
Chimie. MONNIER, <i>agrégé</i> .	Clinique de la tu-
Microbiologie. CARRERE, <i>agrégé</i> .	berculose. VIDAL, <i>professeur</i> .
Histoire nat. méd. HARANT, <i>agrégé</i> .	Pathologie chirurg. MOURGUE-
Pharmacologie. HARANT, <i>agrégé</i> .	MOLINES, <i>agr.</i>
Pathologie médic. BOUCOMONT, <i>agr.</i>	— TRUC, <i>agrégé</i> .
— BERT, <i>agrégé</i> .	Chirurgie expérim. GUIBAL, <i>agrégé</i> .
Propédeutique méd. P. RIMBAUD, <i>agr.</i>	Médecine opératoire ROUX, <i>agrégé</i> .
Clinique des mala-	Accouchements. CADERAS
dies contagieuses. JANBON, <i>profess.</i>	de KERLEAU, <i>agr.</i>
	Stomatologie. FERRIER, <i>d' en m.</i>

Agrégés en exercice

MM.	MM.
Médecine. P. RIMBAUD.	Chirurgie. MOURGUE-
— BOUCOMONT.	MOLINES.
— BERT.	— GUIBAL.
— LAFON, <i>ch. d'agr.</i>	— ROUX.
Chimie. MONNIER.	Urologie. TRUC.
Bactériologie. CARRERE.	Accouchements CADERAS
Histoire nat. méd. HARANT.	de KERLEAU.

Examineurs de la thèse

MM. Massabua, prof., président. MM. Mourgues-Molines, *agrégé*.
Etienne, *professeur*. Guibal, *agrégé*.



A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MON BEAU-PERE

A MON PARRAIN

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON CAMARADE DE PROMOTION ET AMI
PIERRE DUBOURG

Mort au Champ d'Honneur (Juin 1940).

A MONSIEUR LE MEDECIN-GENERAL SOLCARD

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé
de la Marine et des Troupes coloniales
Correspondant national de l'Académie de Chirurgie
Officier de la Légion d'honneur
Officier de l'Instruction Publique
Croix de Guerre*

A MONSIEUR LE MEDECIN EN CHEF VARACHE

*Sous-Directeur de l'Ecole Principale du Service
de Santé de la Marine et des Troupes coloniales
Officier de la Légion d'honneur
Médaille Militaire
Croix de Guerre*

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE BORDEAUX

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE MONTPELLIER

A MON PRESIDENT DE THESE :
MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU

Assesseur
Professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur
Croix de Guerre

A MES JUGES

Contribution à l'étude de la perforation des ulcères peptiques en péritoine libre

INTRODUCTION

Le terme d'ulcère peptique, qui fut créé en 1899, par Braun, s'applique à toute récurrence d'ulcère gastro-duodénal, malgré l'opération tentée contre lui (Delore, Leriche). Ce nom d'ulcère peptique, est resté depuis dans la littérature, mais il est contesté par certains auteurs, comme Gabrielle de Lyon qui écrit : « Le terme d'ulcère récidivant conviendrait mieux, car il n'y a aucune signification pathogénique ». Dans la règle, cet ulcère succède à une première opération de gastro-enterostomie. Il siège soit au niveau de la bouche même, il est dit gastro-jéjunal, soit au niveau du jéjunum à quelque distance de la bouche, il est alors jéjunal proprement dit.

Cet ulcère peptique, complication majeure de la gastro-entérostomie, évolue presque fatalement vers la perforation si l'on n'intervient pas à temps. Perfora-

tion soit dans un organe creux, fistule jéjuno-colique, soit en péritoine cloisonné, soit enfin en péritoine libre. Les deux premières éventualités : fistule jéjuno-colique et perforation en péritoine cloisonné, ont été considérées comme les plus fréquentes et de ce fait les plus étudiées.

Delore et Creyssel, en 1925, écrivaient dans le *Journal de Chirurgie*, la perforation en péritoine libre est une modalité observée autrefois, lorsque les U. P. n'étaient guère opérés que pour leurs accidents dramatiques ou découverts à l'autopsie. Enfin, au quarantième Congrès de Chirurgie de Paris, en 1931, la seule complication envisagée est la fistule jéjuno-colique. Gosset, cite à peine la perforation en péritoine libre. Depuis, cependant, l'on retrouve dans la littérature, de nombreux cas de perforations des U. P. en péritoine libre. Ces observations sont relativement rares en France, et surtout dans le Midi méditerranéen, à Montpellier, par exemple, où l'ulcus gastro-duodénal est moins fréquent qu'en Allemagne ou dans les pays Anglo-Saxons.

Un cas observé récemment dans le Service de Clinique Chirurgicale de M. le professeur Massabuau, nous aidera à apporter une modeste contribution à l'étude de cette complication de l'ulcère peptique post-opératoire.

HISTORIQUE

La première gastro-entérostomie remonte déjà à 1882, pratiquée par Woelfler. Quinze ans plus tard, Berg signalait le premier ulcère peptique, en 1897. Le premier cas de perforation de cette forme d'ulcère, fut signalé deux ans après, en 1899, par Braun, en Allemagne, qui rapporte l'histoire d'un malade mort avec des signes de péritonite généralisée, onze mois après une opération de gastro-entérostomie pour ulcère sténosant du pylore.

L'autopsie montra un ulcère perforé, dont l'orifice siégeait à 1 cm. de la bouche de gastro-entérostomie, sur l'anse efférente du jéjunum. C'est Braun, lui-même, qui créa le terme d'ulcère peptique, à cause de sa pathogénie, et ce nom depuis est resté dans la littérature médicale.

En France, c'est à Quenut que revient le premier cas d'ulcère peptique, en 1902. La même année, Goepel fit la première suture de perforation aiguë d'ulcère peptique jéjunal, suivie de guérison.

La perforation en péritoine libre, a peu retenu l'attention, du moins jusqu'en 1927. On avait étudié surtout les fistules consécutives à une perforation dans un organe creux, et les péritonites cloisonnées. Il faut citer cependant, un article de Gosset publié à la *Revue de Chirurgie*, en 1906, qui rapporte huit perforations en péritoine libre sur trente-un cas d'ulcères peptiques.

Puis, en 1913, un rapport d'Hartmann, à la Société de Chirurgie de Paris, à la suite d'une observation de Marquis, d'ulcus peptique perforé en péritoine libre.

C'est en 1927, que Leveuf publia dans la *Revue de Chirurgie*, la première étude d'ensemble, sur la perforation en péritoine libre. Il groupa trente-deux cas à la suite d'une observation personnelle, présentée à la Société de Chirurgie de Paris, l'année précédente, ayant eu l'occasion d'opérer lui-même une perforation en 1925. Ce travail demeure encore, un des plus complets sur la question, et les publications récentes n'ont guère apporté rien de nouveau.

Citons encore, en 1932, le rapport de Louis Michon, à la Société de Chirurgie de Paris, qui présente un cas intéressant. La même année, première observation lyonnaise par Bertrand et Etienne Martin, et l'année suivante, dans la thèse de Rozan, l'on trouve trente-quatre nouvelles observations ajoutées aux trente-deux de Leveuf, soit en tout soixante-six cas.

Depuis, il n'est plus possible de faire de statistique, tant les observations sont dispersées dans la littérature mondiale.

En Allemagne, l'on ne trouve depuis la revue générale de Lieblein, en 1915, que quelques publications isolées.

La littérature anglo-américaine est plus intéressante, les travaux sont nombreux. Il faut citer principalement ceux de Peterson, 1909, Wright, 1918, Massié, 1924, Singer, 1934, puis en 1936, Toland et Thomson, de Los Angelès rapportent cent trois cas dont dix seulement sont nouveaux.

OBSERVATION

L'observation que nous présentons, est celle d'un homme de 47 ans. Jean L..., lorrain.

Hospitalisé le 1^{er} août 1941, dans un service de médecine, pour douleur gastrique à type de crampes, de pesanteur très vive, survenant une demi-heure après les repas, et irradiée dans les lombes.

L'on peut résumer ainsi toute l'histoire clinique de ce malade, ancien ulcéreux.

Première période: *l'ucère gastrique*. — Le début remonte à 1922, et se manifeste par des crises douloureuses, épigastriques, de durée variable, suivie de périodes d'accalmie complète, avec quelques vomissements, mais jamais de melaena ni d'hématémèse.

Deuxième période: *gastro-entérostomie*. — Les crises se rapprochent petit à petit, elles deviennent plus douloureuses, le traitement médical se montre insuffisant, et en 1929, on pratique, à Metz, une G. E.

Troisième période: *suites opératoires*. — Le malade paraît complètement guéri après cette intervention, il suit cependant un traitement médical à base de bismuth et de poudres alcalines.

Brusquement, en juillet 1941, soit 14 ans après l'intervention, le malade présente des selles légèrement sanglantes, et trois jours plus tard, des douleurs épigastriques post-prandiales accompagnées de vomisse-

ments. Il se fait alors hospitaliser dans un service de médecine, et les divers examens pratiqués, montrent simplement une région épigastrique sensible à la pression. Un examen radiologique permet de constater que la baryte s'écoule non seulement par la bouche de G. E., mais aussi par la voie normale, et qu'il existe surtout des déformations gastro-duodénales importantes, dans lesquelles on ne trouve aucune image d'ulcus peptique, et qui font plutôt penser à des lésions de péri-duodénite.

Le malade est mis en observation, et traité par des alcalins, des antispasmodiques et des extraits parathyroïdiens. Il semblait qu'une légère amélioration se soit produite lorsque brusquement, le 16 août, à 3 h. de l'après-midi, le malade ressent une douleur brutale, en coup de poignard, à maximum para-ombilical gauche, suivie de vomissements et d'une altération rapide de l'état général.

Le malade est aussitôt amené dans le service de chirurgie du Professeur Massabuau, l'examen montre alors :

- un faciès pâle, anxieux et angoissé,
- le pouls très petit bat à 100 pulsations,
- la tension artérielle est de 13 — 6 1/2,
- l'abdomen respire partiellement, mais ne peut respirer profondément, la paroi épigastrique se mobilise à la respiration. La matité hépatique est conservée et la sonorité de l'abdomen est normale. Pas de matité dans les flancs.

A la palpation on note une contracture élective de la région para-ombilicale gauche, et du flanc gauche.

Le toucher rectal est à peine douloureux à bout de doigt.

Devant ces signes, et les antécédents du malade, on porte le diagnostic d'ulcère peptique perforé, et on décide l'intervention d'urgence.

Anesthésie générale à l'éther (compresses).

Laparatomie médiane, sus et principalement sous-ombilicale, qui nous place le champ opératoire à la limite des régions sus et sous-ombilicale. On se rend aussitôt compte de l'absence d'épanchement au-dessus du colon transverse, et au contraire, de la présence d'une grande quantité de liquide gastrique dans l'étage sous-mésocolique. On se porte sous la bouche de G. E., très profonde, et très près de la racine du méso-colon transverse, où l'on trouve aussitôt la perforation, de la surface d'un pois. Elle siège sur la bouche de gastro-entérostomie, ou plus exactement sur le jéjunum, sur la face opposée à la bouche. Tout autour, tissu séreux étendu sur 1 cm. environ.

On suture la perforation avec certaine difficulté, vue sa profondeur, par deux bourses superposées au fil de lin, et on met une mèche non tassée au contact. La paroi est refermée en un plan aux soies.

Les suites opératoires furent des plus simples, la mèche enlevée 48 h. après l'intervention, le malade sortit guéri en 15 jours.

Deux mois après, il est revu en consultation: son état général est excellent et il ne souffre nullement.



ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le siège de l'ulcère peptique perforé est variable.

L'on peut distinguer deux types principaux :

1° L'ulcus siège sur la bouche de G. E., c'est l'ulcus gastro-jéjunual ;

2° L'ulcus siège plus loin que la bouche, c'est l'ulcus jéjunual ;

— soit sur l'anse efférente, ce qui est le plus fréquent ;

— soit sur l'anse afférente ;

— soit enfin, en face de la bouche de G. E., c'est le cas de l'observation que nous avons rapporté.

Enfin, d'un autre point de vue, l'on peut différencier les ulcères uniques, des ulcères multiples, dont on trouve plusieurs cas rapportés dans la littérature étrangère.

Ulcères gastro-jéjunaux

En général, perforation assez large, d'un pois à une pièce de 50 centimes. Les bords sont indurés, fibreux très vascularisés. L'ulcère empiète le plus souvent sur les deux versants jéjunaux et gastriques, davantage du côté gastrique.

L'on trouve toujours de la périgastrite importante, de telle sorte que des blocs d'adhérences se sont formés. Des brides plus ou moins épaisses unissent le

mésocolon à l'épiploon gastro-colique. Le colon attiré, se colle à l'anastomose de l'ancienne gastro-entérostomie.

Leveuf dit à ce sujet: « L'Ulcère calleux dont la perforation est un accident évolutif ».

Au point de vue histologique, Policard écrit: « Les lésions histo-pathologiques ne diffèrent pas sensiblement de celles d'un ulcus stomacal chronique, et qu'on a qualifié du nom de gastrite interstitielle. Un seul point de vue nous a frappé particulièrement, c'est le développement considérable du plexus d'Auerbach que nous n'avons trouvé sur les nombreuses coupes d'ulcère normal que nous connaissons ».

En résumé, l'on a affaire le plus souvent, à un petit ulcère, et à une masse énorme de réaction inflammatoire, ce que l'on peut comparer à un ulcère perforé de la petite courbure. D'ailleurs, il faut signaler que ces ulcères, étant donné la réaction de voisinage, ont plus tendance à se perforer en péritoine cloisonné, qu'en péritoine libre.

Ulcères jéjunaux

Plus fréquents. L'on trouve en effet quarante-cinq cas d'ulcères jéjunaux, pour quinze gastro-jéjunaux. Le siège de ces ulcères est variable, mais cependant, marque une très grande préférence pour l'anse efférente. Sur cinquante-huit cas dans lesquels le siège de la perforation est rapporté, l'on trouve cinq cas sur le jéjunum afférent, quatorze cas en face de la bouche de gastro-entérostomie, et trente-neuf cas sur le jéjunum efférent, soit 67 p. 100 environ.

La distance entre la perforation et la bouche de gastro-entérostomie est variable, il existe un pont de muqueuse saine, qui mesure de 1 à 3 cm., et jusqu'à plus de 10 cm.

La perforation siège à l'étage sous-méso-colique et il suffit de relever le méso-colon pour l'apercevoir. Dans le cas de l'observation rapportée, nous avons trouvé la perforation de la surface d'un pois, très profonde, très près de la racine du méso-colon, juste en face de la bouche de G. E. Le plus souvent, elle est située sur la face antérieure du jéjunum, taillée à l'emporte-pièce, large, jusque à 25 m/m, en tissu sain. Les bords sont arrondis, souples, non infiltrés. Les tuniques intestinales sont indemnes, hyper-vascularisées. Il y a peu d'adhérences, aussi dans ce cas, les perforations sont-elles plus fréquentes en péritoine libre.

Gosset signale comme étant fréquente une forte dilatation de l'anse jéjunale sur une longueur de 10 cm. environ.

Il y a des exceptions, c'est ainsi que certains ulcuses jéjunaux peuvent avoir l'aspect d'ulcuses gastro-jéjunaux.

Enfin, dans la cavité abdominale, on trouve un liquide de perforation banal, abondant, gris, sale, fluide, inodore, et verdâtre. Il est classique d'admettre que ce liquide est amicrobien dans les huit à douze premières heures, cela par action des sucs gastriques. Plus tard, les germes se développent, aussi faut-il opérer d'urgence dans les six premières heures.

Au point de vue historique, les lésions histopathologiques ressemblent à celles d'un ulcuse stomacal chronique; rien de plus à signaler.

Ulcères multiples

Leveuf, le premier, avait différencié ce groupe d'ulcères multiples. Ils sont indifféremment jéjunaux et gastro-jéjunaux. A l'autopsie, l'on peut trouver plusieurs perforations et mêmes d'autres ulcères en évolution.

Dans la littérature, nous trouvons quelques cas d'ulcères peptiques multiples. Ils représentent poussée à l'extrême, l'idée que l'on peut se faire de la « maladie ulcéreuse ». En général, l'on trouve à côté d'un ulcère perforé, un ou plusieurs autres ulcères en évolution.

Charbonnel et Leuret signalent, en 1925, à Bordeaux, le cas d'une perforation en péritoine libre d'un double ulcère peptique jéjunal et gastro-jéjunal. Cette perforation simultanée est cependant un fait exceptionnel.

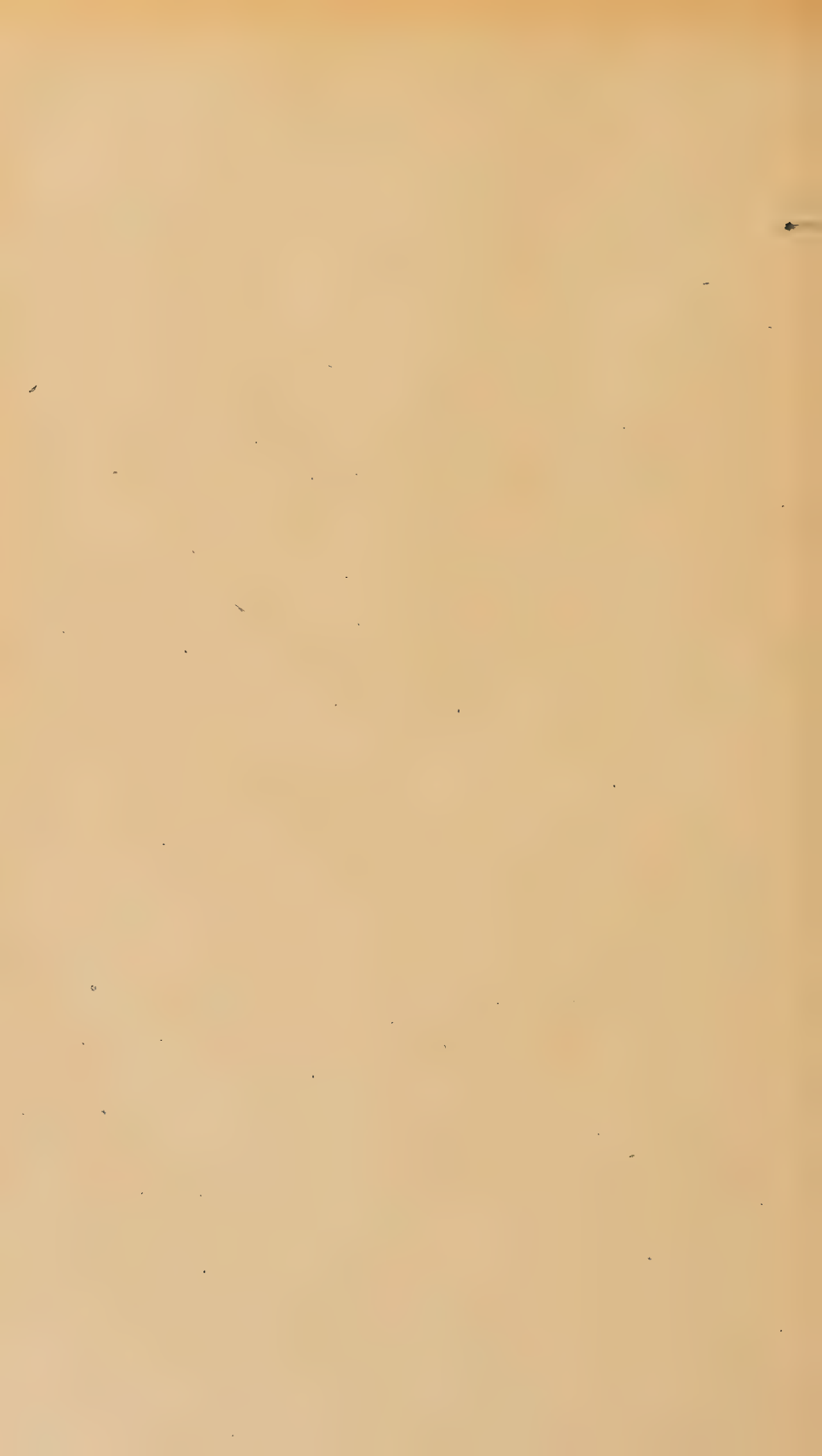
Pseudo-ulcères peptiques perforés

Il s'agit ici de perforations multiples, de soi-disant ulcères peptiques multiples, survenant très tôt, dans les quelques jours qui suivent la gastro-entérostomie. Ce ne sont point là des ulcères peptiques typiques, car l'on ne retrouve pas tous les caractères anatomo-pathologiques précédemment décrits, pas plus que les caractères cliniques et étiologiques.

Ce sont là, des perforations précoces, qui surviennent de deux jours à trois semaines, après l'intervention, et non après un intervalle libre, comme l'ulcus peptique ordinaire. Bien souvent, ces pseudo U. P. perforés ne sont point consécutifs à une intervention pour ulcère,

ils peuvent se rapporter à des G. E. pour cancer, et même, l'on cite, un cas d'U. P. à la suite de sténose hypertrophique du nourrisson.

Il semble bien que dans ces cas l'infection opératoire soit en cause, ou encore des traumatismes opératoires, par pince, clamps, boutons. Aussi l'on est en droit de considérer ces ulcés comme des complications opératoires de la gastro-entérostomie, et ils ne nous intéressent pas directement ici.



ÉTIOLOGIE

FREQUENCE DES PERFORATIONS EN PERITOINE LIBRE PAR RAPPORT AUX ULCERES PEPTIQUES

Nous trouvons dans la littérature, de nombreux cas d'ulcères peptiques, mais tous n'ont pas été publiés, ce qui nous empêche d'établir la fréquence exacte, et la proportion des perforations en péritoine libre.

Nous devons nous en tenir à des approximations, et aux estimations publiées.

L' U. P. est une complication rare, ne survenant que de 0,5 à 4 % des cas après gastro-entérostomie.

D'après une statistique de 1919, il y aurait environ une perforation pour 4 U. P.

Gosset, en 1906, dans la *Revue de Chirurgie*, signale 8 perforations sur 31 cas, soit une incidence de 20 %.

Lieblein, en 1927, rapporte 30 perforations sur 129 cas, donc, proportion de 23 %.

Garner Wricht trouve 32 perforations sur 165 cas, soit 19 %.

Urrutia ne signale que trois perforations sur 229 cas, soit 1,3 %. Actuellement, les perforations ont semblé moins fréquentes. Lambret, de Lille, ne trouve qu'une seule perforation pour 17 cas d'U. P.

Delore et Creyssel, en 1925, n'en signalent aucune pour 21 U. P. et écrivent à ce sujet :

« La perforation en péritoine libre est une modalité observée autrefois, lorsque les ulcères peptiques n'étaient guère opérés que pour leurs accidents dramatiques, ou découverts à l'autopsie ».

Au quarantième Congrès de Chirurgie de Paris, en 1931, la seule complication envisagée est la fistule jéjuno-colique.

Cependant, en 1936, Toland et Thomson s'aidant des estimations de Sokolow, Lahey, et Jordan, signalent mille cas d'ulcères peptiques dans la littérature, et trouveraient une proportion d'environ 10 % avec 103 cas de perforations.

Enfin, Delore et Gabrielle, en 1937, soutiennent une fréquence de 6 à 8 % après G. E. simple. Tous ces chiffres montrent bien qu'il est difficile de se faire une idée exacte de la fréquence de la perforation en péritoine libre des U. P. C'est une chose rare, mais tout chirurgien pourra un jour ou l'autre en rencontrer une.

CONDITIONS D'APPARITION DE LA PERFORATION

Certaines perforations semblent venir du malade lui-même. C'est ainsi, que l'âge, le sexe, les antécédents gastriques, la maladie antérieure et ses complications jouent un rôle important, et ont une influence indéniable.

D'autres, au contraire, semblent imputables à des conditions techniques, gastro-entérostomie, ou plus exactement jéjuno-stomie antérieure, l'anastomose en Y de Roux, la jéjuno-stomie, l'exclusion artificielle du

pylore de Von Eiselberg, l'emploi des boutons et des sùtures non résorbables.

Nous allons voir rapidement, l'influence de chacune de ces conditions, en se rapportant aux chiffres donnés par différents auteurs.

1° *Le sexe*: l'homme est beaucoup plus souvent atteint que la femme, sans doute, parce que l'homme est, lui aussi, plus souvent atteint d'ulcère gastrique, et qu'il subit de ce fait plus de gastro-entérostomie. Il est probable aussi que, une fois opéré, il suit moins à la lettre les conseils médicaux, et qu'il se livre plus volontiers à des abus alimentaires, d'alcool et de tabac.

Toland et Thomson donnent un pourcentage de 90 % en faveur des hommes.

Suivant les autres auteurs, les proportions varient de 83 à 91 %.

2° *L'âge*: il est très variable, c'est celui des ulcéreux, donc, en général de 25 à 60 ans, mais, cependant, Bertrand et Etienne Martin trouvent des perforations de 2 mois à 64 ans comme extrêmes, avec maximum de 30 à 40 ans.

3° *Le pays*: il est classique d'admettre, que certains pays sont prédisposés. L'ulcère simple est lui-même beaucoup plus fréquent en Allemagne, pays de la bière, en Angleterre, en Russie. De ce fait, les ulcères peptiques eux-mêmes apparaîtront plus souvent dans ces contrées.

En France, les observations antérieurement publiées sont rares. L'on en retrouve trois à Bordeaux, plusieurs à Nantes où l'alcoolisme est fréquent, et où les ulcus gastriques perforés spontanés en péritoine libre représentent des cas très fréquents. D'autres, égale-

ment à Paris: Dans le Midi de la France, et en particulier à Montpellier, l'ulcus gastrique est chose beaucoup plus rare. Aussi ne faut-il point s'étonner si l'on a attendu 1941 pour publier le premier cas de perforation aiguë en péritoine libre d'un ulcère peptique.

4° *Les antécédents gastriques du malade*: dans la règle, le malade est un ancien ulcéreux, qui a subi une intervention de G. E. pour cette affection. Il s'agit surtout, dans la maladie primitive, d'ulcère gastrique voisin du pylore.

Bertrand et Etienne Martin, sur 48 maladies, trouvaient 42 ulcères, l'on peut trouver à côté, une sténose du pylore et un cancer de l'estomac. Mais il semble que, dans ces cas, l'on ait affaire plutôt à ces pseudo-ulcères peptiques déjà signalés, imputables à une faute de technique opératoire.

Toujours dans les antécédents, la perforation de l'ulcère primitif est relativement fréquente. Le pourcentage donné par les auteurs est assez élevé. Makkas, en 1934, donne 21,8 % de perforations d'ulcères gastriques duodénaux, dans une statistique de 110 cas.

Bertrand et Etienne Martin, de Lyon, 10 perforations sur 48 cas.

Certains auteurs, estiment que la perforation d'un ulcère, favorise la formation d'un nouvel ulcère récidivant, et qu'il est plus prudent de ne point pratiquer dans ces cas, une intervention de G. E., de peur de voir apparaître rapidement un U. P.

D'autres, s'élèvent contre cette opinion, et Judine, de Lyon, en particulier, précise qu'il ne se produit pas plus d'ulcère peptique après G. E. pour ulcère perforé, que pour ulcère non perforé.

5° *Lopération* antérieurement pratiquée: tout d'abord dans la règle, c'est après une G. E. que survient l'ulcère peptique. Exceptionnellement après une gastrectomie.

L'ulcère peptique est bien la complication majeure de la G. E., Delore et Gabrielle, écrivent: « On observe donc des ulcères peptiques après des gastrectomies, mais nous sommes convaincus qu'ils seront plus rares qu'après les autres méthodes opératoires ».

Jusqu'en 1934, les statistiques montraient que la G. E. antérieure prédisposait à la perforation de l'U. P., plus que la G. E. postérieure. Près de la moitié des cas publiés, signalaient la complication survenue après une G. E. antérieure.

Ainsi, Bertrand et Etienne Martin, en 1933, sur 54 gastro-entérostomies, trouvent 26 G. E. antérieures, soit plus de la moitié.

Makkas, en 1934, sur 100 gastro-entérostomies donne le pourcentage suivant:

- 59 G. E. antérieures,
- 35 G. E. postérieures,
- 4 G. E. en Y,
- 6 G. E. imprécisées.

Toland et Thompson, au contraire, en 1936, signalent la fréquence des perforations après G. E. postérieure, il est vrai qu'à l'heure actuelle, les chirurgiens ne pratiquent guère plus que des gastro-entérostomies postérieures, et c'est bien à juste titre, que l'on a accusé la G. E. antérieure de favoriser l'apparition d'U. P., aussi, on ne l'emploie qu'exceptionnellement.

Signalons également, l'opération en Y de Roux, qui a aussi une action favorisante.

De même l'entéro-anastomose: le suc gastrique arriverait dans ce cas, non neutralisé par les sucs alcalins, au contact de la muqueuse jéjunale.

6° *La date d'apparition*: le délai d'apparition est très variable, de 5 jours à 22 ans, mais principalement de 6 mois à 4 ans. Les ulcères multiples pseudo U. P. comme nous l'avons déjà vu, sont très précoces. Mais nous constatons que le nombre des cas diminue en raison inverse de l'intervalle.

D'après les plus récentes statistiques, il semble que la date d'apparition des ulcères jéjunaux est plus précoce que celle des gastro-jéjunaux.

Dans l'observation que nous rapportons, la perforation de l'U. P. survient 14 ans après l'opération de G. E. La complication est donc assez tardive, cet homme est atteint de maladie ulcéreuse et peut être même de « diathésé perforative » signalée par Stéfanelli et Meyer de Chicago. On peut se demander quel sera l'avenir de ce malade.

7° *Causes occasionnelles de la perforation*: la perforation de l'U. P. comme celle d'un ulcus gastrique ordinaire peut se produire à l'occasion d'un traumatisme qui paraît alors déclencher la perforation, soit au moment précis du traumatisme, soit après un intervalle libre.

La perforation peut survenir à la suite de traumatismes minimes: réplétion gastrique, lavage d'estomac.

Mais dans la règle, l'on ne peut trouver une cause occasionnelle quelconque. Dans notre observation, il semblait au contraire qu'une légère amélioration des signes se soit produite; lorsque brusquement le malade a ressenti une douleur brutale, en coup de poignard, symptomatique de la perforation.

L'on relève des faits semblables dans la majorité des cas. Donc pas de causes occasionnelles.

ÉTUDE CLINIQUE

Le tableau de la perforation en péritoine libre d'un U. P., diffère peu de celui de la première perforation d'un ulcus simple. En général, un médecin est appelé d'urgence auprès d'un malade, ayant subi déjà une G. E. pour ulcus, quelques années auparavant, et présentant un syndrome abdominal aigu.

L'interrogatoire prend ici une place importante car c'est lui qui nous permettra souvent, de faire le diagnostic exact. Comme signes cliniques, nous trouvons :

1° *Une douleur brutale*, type des perforations intestinales, en coup de poignard; le siège de cette douleur est variable suivant le genre d'U. P.

Il faut distinguer deux groupes :

— les ulcères jéjunaux purs, évoluent d'une façon assez silencieuse, et ne se révèlent brusquement, que par une perforation brutale;

— au contraire, les ulcères gastro-jéjunaux se signalent par des troubles variés qui précèdent la perforation.

Après l'intervalle libre, il y a reprise des symptômes, digestion pénible, crises douloureuses, vomissements, mékacna. Ces douleurs présentent en général un rythme spécial, de dix jours à un mois, avec des intervalles de plusieurs semaines, et les auteurs signalent que l'horaire est très tardif, en fin d'après-midi, et vers la moitié de la nuit.

Le siège de ces douleurs est en général épigastrique, puis sans prodrome très net, la perforation survient; douleur brutale, à siège initial très variable, souvent difficile à préciser.

Dans les cas typiques, ulcère de la bouche, c'est la région para-ombilicale, un peu à gauche et en dessous. Mais rapidement d'ailleurs, la douleur s'étend à tout l'abdomen avec maximum dans cette région ombilicale.

2° *La contracture*: la contracture apparaîtra en même temps que la douleur. Comme elle, localisée au début, elle ne tardera pas à se généraliser, en demeurant maximum aux alentours de l'ombilic. Elle peut être plus ou moins intense, mais ne fait jamais défaut. Chez les gens maigres nous constatons à la simple inspection, le classique ventre en bateau: « le ventre est plat, rétracté, immobile, les droits dessinent de part et d'autre de la ligne médiane, leurs reliefs saillants, rigides, et coupés de sillons, correspondant aux interstices tendineux du muscle » écrit Leuret.

Chez d'autres, aux parois faibles ou infiltrées de graisse, la contracture n'est pas toujours visible, mais elle est facilement mise en évidence par la palpation. L'on remarque toujours la contracture élective de la région para-ombilicale gauche, s'étendant plus ou moins au flanc gauche. Leveuf, Clavel et Brun font remarquer en effet, qu'on n'a pas toujours un ventre de bois généralisé; au début le malade présente une contracture localisée à la région sous-ombilicale, car la perforation à un siège sous-mésocolique. C'est aussi le cas de notre malade.

3° *Signes secondaires*: ce sont successivement:

— les vomissements, signe de sténose de la bouche de G. E. Notre malade présentait effectivement des vomis-

sements, il est vrai que la laparatomie montra que l'ulcus siégeait sur le jéjunum, juste en face de la bouche de gastro-entérostomie. Mais en général, chose curieuse, les vomissements sont rares dans les perforations d'U. P.

— Les hémorragies: les hématomèses sont rares, le mélaena est le symptôme le plus important. Notre malade en effet présenta des selles légèrement sanglantes, lors de la reprise des douleurs épigastriques.

— Les autres symptômes de la perforation présentent quelques particularités. Bertrand et Etienne Martin affirment qu'ils sont un peu atténués. « Le péritoine, disent-ils, réagit moins brutalement, comme s'il avait été vacciné lors de la première intervention, et surtout, quand il y a eu une première perforation. Les péritoines qui ont déjà fait la guerre sont plus tolérants ».

La température est normale, ou peu au-dessus de la normale.

Pouls petit, mais assez peu élevé, il bat de 80 à 100, régulier même dans les premières heures, malgré l'état des *nock*.

La tension artérielle est légèrement abaissée.

Les facies est pâle, angoissé.

La percussion peut aider au diagnostic, en décelant la sonorité pré-hépatique, qui est le plus spécifique de tous les signes de la perforation en péritoine libre, puisqu'il traduit la présence d'air dans la cavité péritonéale. Mais il ne faut pas croire que son apparition se produise à coup sûr, exemple l'observation que nous citons: la matité hépatique est conservée.

Le toucher rectal enfin, peut révéler un Douglas douloureux légèrement.

Nous sommes enfin amenés à faire des remarques intéressantes sur notre cas.

Il s'agit d'un ulcus jéjunal, et cependant, un mois avant la perforation, des signes de récurrence d'ulcère ont apparus: selles sanglantes, suivies deux jours plus tard de douleurs épigastriques post-prandiales, cet ulcère s'est donc comporté comme un ulcère gastro-jéjunal.

Il s'est perforé en péritoine libre, ce qui est conforme à la règle.

En résumé, le diagnostic d'U. P. perforé en péritoine libre, dans les premières heures est facile à poser, avec les seuls signes cardinaux: antécédents de G. E,

douleurs soudaine et intense,
contractures.

Au sujet de notre observation, signalons tout d'abord, l'apparition tardive, des manifestations cliniques de l'U. P., chez ce malade, ou de l'U. P. lui-même, puisque ce n'est que 14 ans après une gastro-entérostomie, que sont apparus les premiers symptômes.

D'autre part, au moment de l'accident, il s'agissait en toute vraisemblance, d'après les signes fonctionnels, la soudaineté et l'intensité des douleurs, d'un syndrome de perforation d'organe creux. Mais les signes physiques discordaient dans ce tableau. Nous ne trouvons plus en effet de signe capital de la perforation gastrique, la contracture de bois épigastrique, pas plus d'ailleurs que de sonorité pré-hépatique. Ces deux signes permettaient donc d'éliminer une perforation gastro-duodénale. Par contre le maximum de douleurs et de contractures siégeait dans la région para-ombilicale, et le flanc gauche, ce qui devait faire penser à une

perforation sous-méso-colique vraisemblablement du grêle.

Cependant, ce sdeux tableaux discordants, devaient être reliés, étant donné les antécédents du malade, c'est pourquoi nous avons porté le diagnostic d'ulcère peptique perforé.

PATHOGÉNIE

Tout comme pour la perforation de l'ulcus en général, la pathogénie de l'U. P. et de sa perforation, a été très discutée et diversement interprétée suivant les auteurs. Elle est d'un grand intérêt, car c'est sur elle en partie, qu'on a essayé de fonder la thérapeutique.

1° L'on a d'abord mis en cause certains détails de gastro-entérostomie, et des fautes de technique opératoire. Ce sont successivement :

— L'emploi de fils de suture non résorbables, fils de soie par exemple, qui s'éliminent tardivement, et favorisent de ce fait, la pénétration du suc gastrique dans les tissus, et deviennent ainsi, l'amorce de l'U. P., c'est du moins ce que soutient Delbet. Tuffier qui n'a jamais eu d'U. P., employait des fils de lin.

Suture trop serrée. Marquis insistait en 1914, et disait qu'il fallait obtenir des sutures affrontant parfaitement les parties à anastomoser.

Les boutons anastomotiques, les champs et tous les traumatismes opératoires.

En réalité, comme l'écrivent Delore et Gabrielle tous ces détails opératoires n'ont aucun rôle dans la formation d'ulcus peptique, et ne peuvent expliquer les récidives survenant après un intervalle libre de vingt ans. Ces fautes de technique, sont la cause de ces ulcères précoces, pseudo-ulcères peptiques survenant dans

les premiers jours. D'ailleurs, ce ne sont pas des ulcères, mais bien plutôt des ulcérations en emporte-pièce, avec des perforations multiples : ulcérations traumatiques de Leveuf.

2° L'U. P. a été également attribué au procédé même de la G. E. primitive. Déjà dans le chapitre de l'étiologie, nous avons insisté suffisamment. Nous avons conclu en disant qu'effectivement, la G. E. antérieure prédisposait à la formation d'U. P. Statistique de Van Roojan : 186 G. E. antérieures avec 6 U. P ;

444 G. E. postérieures avec 4 U. P.

La gastro-entérostomie suivant le procédé en Y de Roux prédispose encore davantage à l'U. P. Florken a donné le chiffre de 16,8 % et Pétersen celui de 24 %. Ce procédé a l'inconvénient d'isoler une anse intestinale trop longue, et offre une bouche trop étroite.

L'importance de l'entéro-anastomose est grande également. Citons enfin l'exclusion antrale du pylore, ajoutée à la G. E., qui arrive avec 25 % de récidives. L'exclusion antrale ou pylorique est le plus sur procédé qu'on connaisse pour produire chez l'homme un ulcère post-opératoire dit Leriche (rapport du Congrès de Chirurgie de 1931, p. 197).

La gastrectomie large, suivant le procédé de Finstérer ne verrait jamais de récidive prétend l'auteur, si on enlève les 2/3 droits de l'estomac. Cependant de nombreux cas d'ulcères peptiques ont été publiés après cette opération à la Finstérer. Elle présente l'inconvénient de laisser intact, un ulcère duodénal ou pylorique, avec le risque de perforation ultérieure.

La gastrectomie, pour prévenir l'U. P., doit être très large, 3/4 de l'estomac, avec déouillement à la com-

presse des vaisseaux et nerfs de la petite courbure. « Il faut se préoccuper non pas de ce qu'on enlève, mais de la surface qu'on laisse » dit Finstérér lui-même.

La pyloro-gastrectomie étendue est la meilleure intervention. Les statistiques de Starlinger en font foi, avec une proportion de 0,5 à 0,9 %, sur plus de 20.000 cas.

En conclusion, l'U. P. perforé, survient rarement après une gastrectomie étendue, mais il n'existe pas de procédé opératoire qui n'en soit suivi.

3^e Voyons maintenant, ce que nous pourrions appeler les *facteurs essentiels*:

Les micro-traumatismes aux endroits les plus exposés, constitués par le passage du chyme à travers un orifice d'anastomose, et le long de l'anse efférente. La projection répétée du chyme, lèsera beaucoup plus facilement une anse en souffrance, dilatée, à parois épaissies, et mal irriguées.

L'infection et la stase, sont une cause favorisante, Marquis recommande de ne pas hésiter après l'opération, de faire un lavage d'estomac, s'il y a des signes d'infection ou de putréfaction gastrique.

Les écarts de régime: faire suivre un régime strict aux opérés.

L'hyper-acidité surtout, a toujours été mise en cause, principalement après un ulcus duodénal ou pylorique dont l'acidité est plus grande. Cunéo lui-même insiste sur la persistance de la teneur élevée en ClH du suc gastrique, et conseille d'intervenir sur l'appareil neuro-sécréteur de l'estomac.

A ce sujet, Leriche émet l'hypothèse suivante au Congrès de Chirurgie en 1931:

« La sécrétion acide fundique, serait le résultat d'une action hormonale à point de départ antral. Dans la maladie ulcéreuse, il y aurait d'abord gastrite inflammatoire, au niveau de la région pyloro-antrale; la sécrétion hormonale antrale, passant dans le sang, inciterait alors le fundus à une fabrication anormale de suc acide, d'où hypersécrétion et hypéacidité. Ce suc acide, arrive à l'antra, normalement défendu contre son action, par un revêtement de mucus que fabriquent les glandes muqueuses de la région. Or, ce mucus est modifié par la gastrite antrale et par l'action du suc trop acide. Il ne joue plus son rôle protecteur, un ulcère spontané se produit. Si on enlève toute la région pyloro-antrale par une pyloro-gastrectomie, on peut amener la guérison en supprimant l'antra, point de départ de la sécrétion hormonale, partant de l'hypersécrétion acide » d'où la justification de gastrectomie très larges; mais on a vu des ulcères peptiques après ces interventions larges.

Delore et Gabrielle écrivent: « Hyperchlorydrie ? non, car il peut y avoir ulcère sans acidité. L'ulcère post-opératoire n'est pas provoqué par des détails variables de l'opération, ni par des modifications du suc digestif. Ce sont les lésions inflammatoires de la muqueuse gastrique qui sont responsables des complications post-opératoires, et en particulier des U. P. A l'heure actuelle cette notion nous paraît évidente.

La gastrite apparaît donc comme la lésion essentielle, et les ulcérations comme des éléments surajoutés. Nous avons vu apparaître des ulcères tardifs sur des estomacs qui, lors de la première opération ne présentaient que de la gastrite sans ulcère.

On observe donc des U. P. après des gastrectomie, mais nous sommes convaincus qu'ils seront plus rares qu'avec les autres méthodes opératoires. Tous les auteurs tombent d'accord, pour aboutir à cette conclusion.

TRAITEMENT

Le meilleur traitement, est bien le traitement prophylactique. Delore et Gabrielle au sujet des gastrectomies larges pour les ulcères gastriques, écrivent, en effet : « Tel est le meilleur traitement prophylactique des U. P. Réintervenir systématiquement au moindre soupçon de récurrence, à cause des complications ».

Nous avons insisté suffisamment dans le chapitre de la Pathogénie, pour pouvoir en déduire maintenant, qu'il faut traiter l'ulcus ordinaire par la gastro-pylorectomie étendue. (Gosset, Pauchet, Leriche et Finstérrer).

Mais c'est là une opération longue, difficile et choquante, ce qui explique que la G. E., qui, elle, est une opération bénigne rapide, et facile, conserve encore de nombreux partisans, d'autant plus que la récurrence d'ulcère est presque toujours faible ; de 0,5 à 5 % d'U. P.

Après l'opération d'ulcère, le malade devra être suivi régulièrement par un médecin, qui par ses prescriptions médicamenteuses, et diététiques, pourra prévenir la récurrence de l'ulcère. Si l'ulcus peptique se produit malgré toutes ces précautions, il pourra être facilement diagnostiqué par la clinique, si du moins il se manifeste extérieurement par des signes. Aussitôt diagnostiqué, l'U. P. sera opéré. Delore et Creyssel de Lyon ont pu opérer 21 cas d'U. P. sans perforation.

Mais souvent, l'U. P. évolue à bas bruit, sans se manifester extérieurement, et la perforation survient en véritable « coup de poignard », que l'on n'aura pu prévenir. Ainsi tout chirurgien pourra se trouver en face d'une perforation en péritoine libre d'U. P.

Traitement curatif. — Les procédés opératoires employés sont très nombreux, ils vont de la simple suture, à la gastrectomie d'emblée. Dans son rapport au Congrès de Chirurgie de Paris de 1931, p. 108 Gosset discute brièvement le traitement de la perforation en péritoine libre. Il expose quatre opérations possibles: la suture simple de la perforation, la suppression de la G. E., ou dégastro-entérostomie, la résection de l'anse jéjunale perforée, et la gastrectomie d'emblée qu'il conseille tout particulièrement.

La suture simple, Gosset en parle comme d'un expédient, et cite les nombreux cas de récurrence de Moynihan, Judine, Balfour.

En réalité, c'est le plus souvent, la seule intervention possible, et en fait, la suture simple ou la suture avec épiplooplastie, est l'opération la plus fréquente, malgré les opinions que s'en faisait Gosset. Récemment sur 32 cas où la suture fut pratiquée, il y eut une mort opératoire, six cas de récurrence de perforation, deux fois reprise de douleurs inexplicables, deux fois des fistules gastro-jéjuno-coliques, ce qui fait plus de 65 % de réussite complète, avec un seul cas de mort.

Parfois le chirurgien est amené à des techniques plus complexes qu'il ne peut éviter.

La dégastro-entérostomie par résection de la bouche de G. E., et suture de jéjunum bout à bout, suivie par certains chirurgiens d'une nouvelle G. E. Ce procédé

est à rejeter, car il n'aboutit pas à remettre à l'état normal le tube digestif, chez un malade à disposition ulcéreuse (Gosset).

La résection de l'anse jéjunale perforée et de la gastro-entérostomie, n'est qu'un pis aller, dit encore Gosset, effectivement elle a été pratiquée très peu souvent.

La gastropylorctomie est l'opération radicale, par excellence, mais ne peut être pratiquée avec succès, qu'en l'absence de péritonite diffuse. Il paraîtrait là, que l'on aurait le traitement de choix. Tous les auteurs sont d'accord là-dessus, mais ils reconnaissent également qu'elle est rarement praticable.

Just d'Innsbruck rapporte une observation intéressante, à propos d'une perforation d'un U. P. du jéjunum. Dix mois après une G. E. antérieure, pour un ulcère du duodénum perforé, les douleurs réapparaissent, et un nouveau syndrome de perforation d'ulcère apparaît; gros ulcère calleux sur la bouche, le chirurgien pratique une résection des 4/5 de l'estomac, et de l'anse jéjunale adhérente, avec section du duodénum. Guérison absolue s'ensuit. L'auteur conclut que lorsque l'état général le permet, une résection doit être pratiquée. Il remarque à ce sujet, qu'il s'agissait d'une G. E. antérieure suivie d'un U. P. qui s'est perforé en péritoine libre plus facilement qu'après une G. E. postérieure.

Dans le cas d'ulcère peptique perforé en péritoine libre, la conduite la plus sage nous paraît être de suturer la perforation après excision, ou cautérisation de l'ulcère, et de remettre la gastectomie à plus tard, si le malade est guéri de cette complication (Delore et Gabriel).

Quant à nous, le moment est venu de discuter un peu le cas de notre observation.

Voici quelques considérations :

Tout d'abord au sujet de la voie d'abord. La meilleure nous a paru la voie médiane, sus et sous-ombilicale. L'incision sousombilicale, étant plus importante que la sus-jacente. Cette incision avait pour avantage de permettre d'abord, d'explorer l'étage sus-mésocolique en cas d'erreur de diagnostic, et en second lieu, d'avoir un large jour sur l'étage sous-mésocolique.

Ceci dit, quelle était la conduite à tenir ?

L'état général du malade était grave et fortement touché. Cependant l'intervention se présentait favorablement, vu que nous étions à la deuxième heure de la perforation.

Suture ou résection gastrique ? On a fait une simple suture de la perforation par deux bourses au fil de lin, et cette conduite nous a paru la plus sage, c'est du reste à l'heure actuelle celle qui est adoptée par la majorité des auteurs.

Certains chirurgiens, en effet, comme Just font la résection gastrique quand l'état général est bien conservé. Par contre, T. G. Illtyd et M. M. Matheson (Londres) qui ont opéré 75 cas d'U. P. perforés et ont toujours fait la simple suture avec épiploo-plastie ont eu une mortalité réduite à 24 %. De même Sallick M. A. (New-York) a opéré 74 perforations en se contentant de la simple suture (trois bourses superposées), avec une mortalité de 2 % dans les 6 premières heures.

Au sujet du drainage, nous nous sommes contentés de mettre une simple mèche au contact, retirée 48 heures après, et ceci, vue la précocité de l'intervention. II

semble qu'on ne soit obligé de drainer, que si le malade est vu tardivement, et que le drainage soit systématiquement à rejeter. Certains auteurs en effet M. Davidson, S. I. Aires et J. Pilot (Chicago), ont fait l'étude bactériologique du liquide péritonéal dans les U. P. perforés. De l'étude de 76 cas, il ressort que le liquide reste stérile dans les six premières heures, et il conseille de ne drainer que si le malade est vu tardivement. Cependant les avis sont partagés et E. L. Eliason et J. C. North (Philadelphie) estiment qu'il faut drainer systématiquement, malgré une statistique encore récente, montrant une mortalité de 21,75 % avec drainage systématique, pour 7,4 % avec drainage uniquement dans les cas avancés.

Quant au pronostic, bien que le malade fut opéré précocement, le *pronostic immédiat* restait grave. L'état général du malade altéré par une dernière crise ulcéreuse, durant depuis quinze jours déjà, avec douleurs quasi-constantes, et vomissements. La rechloruration massive post-opératoire eut ici un effet des plus favorable. D'autre part, une perforation sous-mésocolique est toujours plus grave qu'une perforation sus-mésocolique. C'est pourquoi, nous avons voulu améliorer ce pronostic immédiat, en faisant une intervention à minima, bien que les risques de péritonite fussent atténués, vu la précocité de l'intervention.

Le *pronostic tardif* nous pose la question de la résection gastrique ultérieure chez ce malade, et ceci est valable pour la majorité des cas qui se présenteront au chirurgien. Il est certain en effet qu'elle s'impose, mais uniquement quand le malade sera amélioré du point de vue général. Mais quand faudra-t-il la proposer? à l'oc-

casion d'une nouvelle crise douloureuse, ou en dehors de toute reprise clinique d'ulcère? Il semble plus sage d'attendre quelques mois, étant donné que le malade est complètement amélioré après cette nouvelle intervention, et de ne la proposer qu'à l'occasion de nouvelles douleurs, ou d'un dysfonctionnement de la bouche de G. E. qui-peut survenir, vu que malgré tout la suture paraît retrécir l'anastomose.

De toute façon, la gastrectomie était à rejeter formellement, tandis que dans l'avenir, elle doit être envisagée comme à peu près inévitable, et avec un maximum de chance de succès. Mais notre malade ne souffre plus. Ne peut-il donc y avoir guérison de l'U. P., et de la maladie ulcéreuse tout comme cela s'observe souvent après simple suture de perforation d'un ulcus ordinaire. Cela est possible, mais de toute manière, c'est un malade qui devra être suivi régulièrement par un médecin, et à la première reprise de douleurs, la gastrectomie s'imposera. A ce sujet Delore et Gabriel font remarquer d'ailleurs, que les gastrectomies secondaires sont plus difficiles, et plus graves que les gastrectomies pratiquées d'emblée, lors d'un premier ulcère. Les résultats tardifs sont de ce fait moins bons. Il y a même des douleurs à cause des adhérences qui provoquent une gêne plus ou moins grande au cours de la digestion.

Pour terminer il nous suffira de dire que l'examen attentif de notre observation, nous donne bien la conviction que le traitement d'urgence de la perforation en péritoine libre l'un ulcère peptique, est bien la suture simple. C'est aussi la conduite de Michon qui, opérant son malade dès la troisième heure de perforation,

se contenta de l'excision, et de la suture simple. Ce n'est que plus tard qu'il fit une gastrectomie à titre préventif, la gastropyloréctomie étant le traitement de fond de la maladie ulcéreuse.

CONCLUSION

— La perforation en péritoine libre, bien que rare, est une complication que tout chirurgien pourra rencontrer un jour ou l'autre. Il doit bien connaître par conséquent, l'existence de ces ulcères peptique jéjunaux gastro-jéjunaux.

— L'anatomie pathologique nous permet de différencier : les perforations d'ulcère gastro-jéjunal, comparables à celles d'un ulcus calleux ordinaire, et les perforations d'ulcus jéjunal proprement dit, siégeant le plus souvent sur la paroi antérieure de l'anse jéjunale. Elles se font le plus souvent en tissu sain. Quant aux perforations multiples et précoces, nous avons montré que ce sont bien plutôt des ulcérations traumatiques, et qu'elles méritent le nom de pseudo-ulcères peptiques.

— L'étiologie nous a montré l'influence indéniable du sexe, de l'âge, du pays ; à ce point de vue le Midi méditerranéen de la France nous a paru nettement privilégié, nous avons souligné également l'importance de la notion de maladies ulcéreuses et d'une véritable « diathèse perforative ».

— La clinique nous a fait préciser la ressemblance de la perforation en péritoine libre de l'U. P., avec la classique perforation de l'ulcus gastro-duodéal. Le « coup de poignard » est toujours aussi brutal pour les ulcères jéjunaux, les perforations d'ulcères gastro-jéjunaux se font en général moins bruyamment.

— Le diagnostic est très important puisqu'il décide de l'intervention. Il repose tout d'abord, sur les antécédents gastriques du malade, le plus souvent opération de gastro-entérostomie pour ulcus gastro-duodénal; sur la constatation de douleurs brutales, de la contraction, rarement généralisée à tout l'abdomen, de la sonorité pré-hépatique qui est loin d'être constante.

Ces seuls signes résument le tableau d'une perforation digestive, et doivent impérativement décider le chirurgien à l'intervention.

— La pathogénie de la perforation d'un ulcère peptique est la même que celle d'un ulcus spontané ordinaire. Quant à la formation de l'ulcus peptique, nous avons montré la diversité des opinions des auteurs: faute de technique opératoire, hyperchlorydrie ou gastrite? nous retiendrons particulièrement l'hypothèse de Leriche qui justifie l'emploi des gastrectomies très larges.

— Le traitement enfin est un traitement d'urgence, qui doit être pratiqué, si possible, dans les six premières heures. Exceptionnellement le chirurgien se trouvant devant des conditions particulières de résistance du malade, sera autorisé à pratiquer d'emblée une gastrectomie, qui est la thérapeutique idéale puisqu'elle traite du même coup la perforation et l'ulcère.

Mais en règle générale c'est à la suture simple ou avec épiplooplastie que le chirurgien s'adressera. Une fois la complication guérie le chirurgien songera à la cure radicale de la maladie ulcéreuse, en faisant une gastrectomie large si l'état général du malade le permet, et seulement plusieurs mois après.

BIBLIOGRAPHIE

- ALESSANDRI. — Ulcères peptiques. Pathogénie et traitement. — (*Brux. Méd.*, t. 12, 22 mai 1932, p. 822-824).
- BALFOUR. — Occurrence and management of gastro jejunal ulcers. — (*Annals Of Surgery*, août 1926, p. 279).
- BERTRAND et Etienne MARTIN. — La perforation en péritoine libre des ulcères peptiques post-opératoires jéjunaux et gastro-jéjunaux. — (*Lyon Chir.* 1933, t. 30, p. 641).
- Perforation d'ulcère peptique gastro-jéjunal en péritoine libre. (*Lyon Chir.*, 1926, t. 29, p. 577).
- BONNET et CROIZET. — Perforation d'ulcère gastrique après la gastro-entérostomie. — (*Lyon Chirurgical* 1926, t. 23).
- BRAUN. — Présentation d'une pièce: ulcère perforant du jéjunum, survenant onze mois après gastro-entérostomie. — (*Verhand-leinzen der deutschen gesellschaft für chirurgie*, Berlin, 1899, p. 95-97, t. 28).
- BRAMS and MEYER (K. A.). — Diagnostic and Treatment of gastro-jéjuno-coli fistula. — (*Surgery gynecology and obstetri* 1928, t. 38).
- CARR. — Perforation d'un ulcère de l'estomac après gastro-entérostomie (*the Journal or the amer. association*, Chicago 1919, t. 73).
- CHARBONNEL et LEURET. — Perforation en péritoine libre d'un double ulcère peptique jéjunal et gastro-jéjunal. — *Gazet. hebd. des Sciences médicales de Bordeaux*, 1925, t. 46, p. 727-730).

- CLAVEL et BRUN. — Perforation d'ulcus peptique gastro-jéjunal. — (*Lyon Médical*, oct. 1933).
- DAVIDSON (M.), ARIES (S. J.) et PILOT (J.). (Chicago). — Etude bactériologique du liquide péritonéal des U. P. perforés. — (*Surgery gynecology and obstetrical*, vol. 88, N° 6, juin 1939, p. 1017-1021).
- DELOR Y CASTRO. — Ulcère gastro-jéjunal perforé. — (*Archivos españolas de enfermedades des aparato digestivo*, p. 330-332, t. 9, 1926).
- DELORE et CREYSSEL. — Les ulcères peptiques. — (*Journal de Chirurgie* 1925, t. xxv, p. 385).
- DELORE et GABRIELLE. — Considérations générales sur les U. P. post-opératoires ou ulcères récidivants et leur traitement. — (*Presse méd.*, 4 sept. 1937, p. 125).
- ELIASON (E. L.) et NORTH (J. C.), (Philadelphie. — Drainage de la cavité abdominale dans les opérations pour U. P. perforé. — (*Ann. of surgery*, vol. 105, N° 4, avril 1937, p. 507-510).
- FEILLARD. — Perforation en péritoine libre des U. P. — (*Thèse Bordeaux* 1934).
- GOSSET. — L'U. P. du jéjunum après G. E. — (*Rev. de Chir.*, p. 54-290, année 1906).
- Traitement des U. P. post-opératoires. — (*Rapp. du 40° Congrès de Chir.*, Paris, 5-10 oct. 1931).
- GRAVES (A. M.). — U. P. perforé dans les cliniques allemandes. — (*Annals of surgery*, vol. xcxi, N° 2, année 1933, p. 197-201).
- HALL BASIL. — (*Gastric Surgery* 1906).
- HARTMANN. — Rapport sur une observation de Marquis perforation d'un ulcère peptique du jéjunum, dix ans après une G. E. Influence des diverses techniques de G. E. sur la production de ces ulcères. — (*Bull. et Mem. de la Soc. de Chir. de Paris*, p. 1517-1537, année 1913, t. 39).
- HENRY (C. K. P.). — Recurent gastric perforation. — (*Surgery gynec. and obst.*, t. 32, p. 542, année 1921).

- ILLTYD (James T. C.) et MATHESON (N. M.), (Londres). — Perforations aiguës des U. P. — (*The Lancet*, vol. 226, N° 5775, 5 mai 1934, p. 945-946).
- JUDINE. — L'anesthésie locale pour les grandes opérations de l'estomac. — (*Lyon Chirurgical*, nov.-déc. 1930, tome 27).
- JUST. — Perforation des U. P. du jéjunum. — (*Journal de Chir. de Paris*, t. 12, p. 238).
- LAMBERT et RAMEZON. — Dix-sept cas d'U. P. avec un cas de perforation. — (*Echo médical du Nord*, t. 36, page 293).
- LERICHE. — Pathogénie des U. P. post-opératoires. — (*Rapport au 40^e Congrès de Chirurgie de Paris*, 5-10 octobre 1931).
- LEVEUF. — Perforation en péritoine libre d'un ulcère jéjunale consécutif à la G. E. (*Bull. et Mem. de la Soc. Nat. de Chir.*, 1926, t. 52, p. 409).
- La perforation en péritoine libre des U. P. post-opératoires du jéjunum. (*Rev. de Chir.* 1927, page 102).
- LIEBLEIN. — Das ulcus jejuni und gastro jejunale mach G. E. — *Centralblatt fur. chir.*, Iéna 1915, t. xix, page 64).
- LION et MOREAU. — La fistule jéjuno-colique par U. P. du jéjunum à la suite de gastro-entérostomie. — (*Rev. de Chir.*, p. 873-896, année 1909, t. 39).
- MAKKAS et MARENGOS, (Athènes). — Sur l'U. P. jéjunal postopératoire. — (*Journal de Chirurgie* 1936).
- MAKKAS. — Die freie perforation des postoperativen peptischen jéjunale-geschwürs Brun's Beitrage Jur. — (*Klin. chir.*, p. 61-84, année 1934, t. 159).
- MARQUIS. — Perforation d'un U. P. du jéjunum six ans après G. E. — (*Journ. de Chir. Paris*, t. 12, p. 238).
- MASSABUAU, JOYEUX, DELMAS et LESCURE. — Perforations d'ulcère peptique en péritoine libre. — (*Soc. des Sc. méd. de Montpellier* (section de chirurgie), séance du 12 décembre 1941).

- MASSIE. — Perforatum jéjunal ulcer. — *Gu'ys Hosped Rep.*, p. 70-80, année 1921, t. 74).
- MICHON. — U. P. perforé suture de la perforation gastrectomie secondaire. — (*Bull. de la Soc. nat. de Chir.*, p. 677, anée 1932).
- MOYNIHAN. — (*On jéjunal ulcère universal med rep*, p. 11-22, année 1912, t. 1).
- (*Abdominal opérations*, 4° édit., vol. 1, p. 310).
- PETERSON. — Jéjunal and gastro-jéjunal ulcer folloing gastro jéjunostomy. — (*Ann. Surgery*, t. 50, p. 440, année 1909).
- PAUCHET. — L'ulcus jéjunal. — (*Journal de médecine de Paris*, 20 sept. 1920).
- PERVES et BADELON. — A propos des perforations itératives des ulcères gastriques ou duodénaux. — (*Mem. de l'Acad. de Chir.*, t. 63, N° 63, p. 226).
- POUZET (Henry) et BALLIVET. — Perforation en péritoine libre d'un U. P. gastro-jéjunal. — (*Lyon Médic.* année 1937).
- ROBERTS. — Un cas d'ulcère jéjunal perforé après G. E. postérieure. — (*Méd. Pres. London* 1920, t. 109, page 480).
- ROBINSON. — Cas de gastrectomie partielle pour ulcère du pylore, suivie de deux ulcères jéjunaux perforés, à six mois d'intervalle. — (*The Lancet*, 17 avril 1928, p. 703-704).
- ROZAN. — Les U. P. perforés. — (*Thèse de Lyon* 1932).
- ROUSSELIN. — Résultats immédiats pour ulcère perforé de l'estomac et du duodénum. — (*Lyon Chirurgical*, p. 543, année 1933, t. 30).
- SALLICK (M. A.), (New-York). — Résultats tardifs dans les perforations aiguës d'ulcère peptique traité par simple suture. — (*Annals. of. Surgery*, vol. 104, N° 5, nov. 1936, p. 855-863).
- SIMON. — (*Soc. de chir.*, juillet 1929, p. 107).
- SINGER et MEYER (K. A.). — La perforation de l'ulcère jéjunal en péritoine libre. — (*Arch. of. Surgery*, vol. 29, 1^{er} juillet 1934).

- SINGER, and VAUGHAN (R. T.). — The « formes frustes » type of perforated peptic ulcer. — (*Surgery gynecologie and obettric*, p. 50, t. 10, année 1930).
- SINGER (H. A.). — Spontaneous recovery from perforation of peptic ulcer in to the free abdominal cavity. — (*Arch. int. med.*, t. 926, juin 1930, p. 45).
- SINGER. — Perforated peptic ulcer with intermitten lackage. — *J. A. M. A.*, p. 102-112, 13 janvier 1934).
- SMITH. — Ulcère jéjunal perforé primitif. — (*Annals. of. Surgery* 1935).
- SOKOLOW. — Enquête auprès des chirurgiens russes. — (*Journ. chir.* 1929, p. 379).
- TOLAND (C. G.), and THOMPSON (H. L.). — Acute perforation of gastro-jéjunal ulcer. — *Annal. of. Surgery*, p. 827-852, année 1936, t. 104).
- TREVOR. — Ulcère jéjunal perforé. — (*The Lancet*, 23 mars 1935, p. 673).
- URRUTIA. — Ucera peptica del yeyuno 1921. — (*Enfermedades de los intestinos*, Madrid, p. 201-246).
- VIVIANI. — Ulcère jéjunal post-opératoire. Complications. — (*Jour. Chir.*, t. 39, p. 280).
- WILKINSON (B. W.). — Free perforation of jejunal ulcer — (*Journ. Surgery*, p. 120, 1935, t. 29).
- WOELFLER (G. E.) — (*Zentralblatt fur chir.*, p. 705-708, année 1881, t. 8).
- WOSDSIDE. — Perforation of jejunum. — (*Brit. Méd. Journal*, p. 667, année 1931, t. 1).
- WRIGHT-GARNETT. — Secondary gastro jejunal and jejunal ulceration. — (*The Brit. Med. Journal of. Surgery*, janvier 1929, p. 390).
- WIMOR. — Perforation d'un ulcère survenant après gastro-entérostomie. — (*Munchener Medizinisch Wochenschnift*, t. IXXI, 7 nov. 1924, N° 45).
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre:

**Contribution à l'étude
de la perforation des ulcères peptiques
en péritoine libre**
par LACOUTURE-DUGUE

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 24 juin 1942.

Le Professeur,
MASSABUAU

Vu:
Montpellier, le 22 juin 1942

Le Doyen,
G. GIRAUD

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 24 juin 1942.

Le Recteur,
J. SARRAILH

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises
dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées
comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation,
ni improbation.

